Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

über

Zur Actiologie und chirurgischen Behandlung von Kieferklemme

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

Alfred Krostitz
approb. Zahnarzt aus Crensitz, Bez. Halle a. S.

Referent: Prof. Dr. Härtel

Halle a. d. S.
Buchdruckerei Martin Kandler
1921

In der Einleitung der Arbeit wird zunächst der Begriff der Kieferklemme erläutert. Danach beruht die Steifheit des Kiefergelenks auf einer mehr oder weniger innigen Verwachsung der Gelenkflächen oder deren Umgebung. Es folgt darauf eine genauere Einteilung der verschiedenen Formen von Kieferankylose. Die verhältnismäßig selten auftretende Erkrankung des Kiefergelenks wird darauf zurückgeführt, daß eine der häufigeren Ursachen, das Trauma, an dem Kiefergelenk nur ausnahmsweise in Betracht kommt, da das massive Jochbein wie eine Parierstange wirkt und das Gelenk gegen direkte Verletzung schützt.

Danach werden die verschiedenen Ursachen besprochen, die die Bewegung des Kiefergelenks beeintlussen können. Hier wird zunächst die Arthritis purulenta erwähnt, die selbst erst wieder durch Otitis media, akute Infektionskrankheiten und akute Osteomyelitis verursacht wird. Weiter werden angeführt: Polyarthritis rheumatica, Arthritis gonorrhoica, Arthr. urica, Arthr. deformans, Arthr. traumatica. Diese führen meist zu arthrogener oder wahrer Ankylose. Unter der Contractura mandibulae werden alle die Formen von Kieferklemme angegeben, die nicht vom Gelenk selbst ausgehen und entweder durch Krampf, Entzündung oder Narbenzüge entstehen.

Bei der Behandlung der Ankylosis mandibulae wird hervorgehoben, daß die Kieferklemme bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts als ein unheilbares Leiden galt. Man versuchte bis zu dieser Zeit mit Hilfe mechanischer Mittel die Beweglichkeit des Gelenks wieder herzustellen. Bald erkannte man jedoch, daß man damit nicht zum Ziele kam und versuchte auf operativem Wege das Leiden zu heilen. Carnochan (1850) schon empfiehlt die Herstellung einer Pseudarthrose in der

Gegend des alten Gelenks. Von v. Esmarch (1858) wurde das Verfahren so ausgeführt, daß er durch Aussägung eines Keiles aus dem aufsteigenden Aste des Unterkiefers Recidive zu vermeiden suchte. Auf die Resektion des Kieferköpfchens verwies König (1874). Helferich (1894) endlich durchmeißelt den Kiefer und sucht durch Interposition von Muskellappen Recidiven vorzubeugen. Im Anschluss hieran wird kurz auf die Heilungsmethoden der narbigen Kieferklemme eingegangen, wobei im allgemeinen drei Verfahren zur Anwendung kommen: Transplantation ungestielter Schleimhautlappen; Bildung von gestielten Schleimhautlappen aus der Nachbarschaft; Einpflanzung gestielter Hautlappen an Stelle der Schleimhaut.

Zum Schluss wird ein von Haertel operierter Fall behandelt. Haertel operiert nach der Methode Rochet, die in der Hauptsache der Helferich'schen ähnelt. Der Erfolg ist ein guter. Patient kann heute — zwei Jahre nach der Operation — den Unterkiefer gut bewegen; die Zerkleinerung von Speisen bereitet keinerlei Schwierigkeiten. Eine entsprechende Nachbehandlung mit Hilfe mechanischer Mittel hat in allen Fällen zu erfolgen.